

捺ရកອງຂໍເອົາການຄຸມກັນການປິ່ນປົວສູຂະພາບສຳລັບວັນສີບທີ່ຖືພາຕັ້ງຫ້ອງ (ສຳລັບວັນສີບອາບຸຕ່າງກວ່າ 19 ປີ)
Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

ຊື່	ເຊີກາງ	ນາມສະກຸນ	
ທີ່ຢູ່ນອນທີ່ທ່ານອາສັບຢູ່ (ຖ້າທາກວ່າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ຕ່າຍເກີວ, ກະຊຸນາບອກທີ່ຢູ່ໃປສະນີລົງຮ້າງຈຸ່ນນີ້.)			
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ແນຏງ	ຮັດ	ຊື່ໃໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໃປສະນີ (ຖ້າທາກວ່າທ່ານມັກຫລາຍກວ່າທີ່ຈະໃຫ້ໜັງສີໃປສະນີທຸກໆຢ່າງຖືກສິ່ງໃປຫາຜູ້ຕາງໝາທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ກະຊຸນາຂຽນປະກອບຢູ່ຮ້າງຈຸ່ນນີ້.)			
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ແນຏງ	ຮັດ	ຊື່ໃໂຄດ
ເລກໂທຮະສັບ	ການບໍລິການດ້ານພາສາ ແລະ ຄວາມເສົ້າອິງຈະ		
ເລກຕິດໆທີ່ມັກຫລາຍກວ່າ:	ທ່ານມີບັນຫານຳການປາກເວົ້າ, ການອ່ານ, ຫລື ການຂຽນພາສາອ້າງກິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານຕ້ອງການເອກສານທີ່ຖືກແພາສາແລ້ວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		
ເລກສ່າງຄວາມໄວ້ທີ່ມັກຫລາຍກວ່າ:	ພາສາຫຍັງທີ່ທ່ານມັກເວົ້າຫລາຍກວ່າ? _____ ພາສາຫຍັງທີ່ທ່ານມັກເວົ້າຫລາຍກວ່າ? _____		
ຄໍາຖາມ (ຄໍາຫອນຂອງທ່ານທີ່ຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ຈະບໍ່ສະຫ້ອນຕີ່ການຄຸມກັນຂອງທ່ານ.)			
ທ່ານເປັນຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຂົ້າເນື້ອງອາສັບຢູ່ໃນ U.S. ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານເປັນຄົນອະເມີນດຽນ ຫລື ຄົນອາລາດສະກາດີ້ຕື່ມບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ການຖືພາຕັ້ງຫ້ອງຂອງທ່ານຖືກຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານມີຮາຍຈ່າຍພະຍາບານທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເຫຼືອທີ່ເຕີກຂຶ້ນໃນຮ່າງການຖືພາຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ວັນເກີດ (ກດວວປປປ)	ວັນທີການຖືພາຈົບລົງ (ກດວວປປປ) (ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈັກ, ໃຫ້ກະຕວງເວົ້າ.)	ເລກຄວາມປອດຟະພາຂອງສັງຄົມ (ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເລກນີ້, ໃຫ້ປະວາງໄວ້.)	
ຂີ້ອງ AREP	ຂີ້ອງອົງການ	ເລກໂທຮະສັບ	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ແນຏງ	ຮັດ	ຊື່ໃໂຄດ
ຕາມາໄສວັນດີອັນນີ້ ຫລື ທັງສອງອັນ: <input type="checkbox"/> ສົງໜັງສີໃປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃປຫາທີ່ຢູ່ໃປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. <input type="checkbox"/> ສົງໜັງສີໃປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃປຫາທີ່ຢູ່ຂອງ AREP ຄົນນີ້.			
ອ່ານຢ່າງຮະມັດຮວັງກ່ອນເຊັ້ນຂີ້ອງຮ້າງຈຸ່ນນີ້			
ຂ້າພະເຈົ້າເຈົ້າໃຈວ່າ: <ul style="list-style-type: none"> ສະພາບການຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ພິສູດໂດຍ Health Care Authority ຫລື ຕ້ອງການຂອງຮັດ ຫລື ຮັດຖະບານກາງເອີ້ນຕູ. ຖ້າທາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຫ້ການຖືພາຕັ້ງຫ້ອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກປົກປິດໄວ້ເປັນຄວາມລັບຢູ່ຮ້າງເທິງນີ້, ຈະບໍ່ມີປະກັນພັດທະນວໄດຖືກສິ່ງໃບບິນໄປເກັບເອົາ ເງິນນຳສຳລັບການປິ່ນປົວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜ້ານໂຄງການອັນນີ້. 			
ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ			
ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຮາຍຮອດຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃນນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າພາຍໃຕ້ການປິ່ນປົວໃຫມ່ລົງໃຫດຂອງການເວົ້າເທັດວ່າຮາຍຮອດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.			
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ		